Formulaire de déclaration d'accident

Contrat COVEA n°120.135.373 souscrit par la FFHG

A remplir par le licencié victime est à envoyer à :

A.I.A.C. – 14 rue de Clichy 75009 Paris ou bien sous format numérique: decla.federation@aiac.fr

Dans un délai maximum de 5 jours suivant la date de l'accident

L'accident

Date de l'accident : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Lieu de l'accident : .....

Circonstances détaillées de l'accident *(joindre un croquis si nécessaire)* : Compétition ? Entrainement ? Déplacement ?

Discipline : .....

.....

.....

.....

.....

Nom et adresse du « responsable présumé » de l'accident (le cas échéant).....

.....

Nom et adresse des témoins :

M – Mme – Mlle / **Nom** : .....
Rue : .....
.....
Code Postal : .....**Ville** : .....
Tél. : .....

M – Mme – Mlle / **Nom** : .....
Rue : .....
.....
Code Postal : ..... **Ville** : .....
Tél. : .....

Nature des blessures : ***(joindre le certificat médical de constatation des blessures et le certificat médical d'arrêt de travail)***

.....

.....

Le club

Nature des dégâts autres ***(pour les dommages matériels joindre un devis détaillé) :***

.....

.....

Cadre exclusivement réservé au Club

Nom et adresse du Club d'affiliation : .....

.....

Tél. : ..... **Fax :** .....

Nom et adresse du Président : .....

Tél. : ..... **Numéro d'affiliation du club** *:* .....

Signature Obligatoire : **Cachet du Club**

Personne blessée

1/ S'agit-il d'un licencié de la F.FHG ? : ..... ***oui - non***
3/ S'agit-il d'un Bénévole ? : ..... ***oui - non***
4/ S'agit-il d'un Dirigeant? : ..... ***oui - non***
6/ S'agit-il d'un titulaire d'une option B ou C ?: ..... ***oui - non***

- **N° licence** (***copie à joindre à la présente***) : .....Date de délivrance : .....

A remplir impérativement

Nom du blessé ou du lésé : ..... **Prénom** : .....
Adresse : .....
Code Postal : ..... **Ville** : ..... **Tél.** : .....
Profession : ..... **Date de naissance** :..... **Sexe** : ○ *Féminin* ○ *Masculin*

Organismes sociaux et autres régimes

Etes-vous affilié à la Sécurité Sociale : ○ ***oui*** ○ ***non*** ***N° de S.S. : .....***
Adresse du Centre : .....
Code Postal : ..... Ville : .....
Etes-vous affilié à un autre Régime : ○ ***oui*** ○ ***non*** ***N° Immatriculation :*** .....
Adresse du Centre :.....
Code Postal : ..... Ville : .....

Mutuelle complémentaire

Etes-vous affilié à une mutuelle complémentaire **:** ○ ***oui*** ○ ***non*** – ***Nom :*** .....
Adresse : .....
Code Postal : ..... *Ville* : .....
N° de contrat *:* .....

Si la personne effectuant la déclaration n'est pas la victime

Nom : ..... **Prénom** : .....
Adresse : .....
Code Postal : ..... **Ville** : .....
Qualité vis à vis de la personne blessée (Parent, Ami, Conjoint, …) : .....

Pièces à joindre à la présente ou à adresser ultérieurement

- **Dans le cas de blessures corporelles** :
  * Photocopie des : licence, certificat médical initial décrivant les blessures, arrêt de travail, avis de prolongation d'arrêt de travail et lorsque votre état de santé est consolidé* le certificat médical de guérison (sans séquelles) ou de consolidation (précisant la nature des séquelles).
  * Justificatifs des frais médicaux, paramédicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation, de transport médicalisé, restant à la charge du blessé après remboursement de sa mutuelle ou de tout autre régime de prévoyance (S.S.), (joindre les originaux des bordereaux de remboursement des organismes sociaux).
- **En cas de décès** :
  * Photocopie de la licence.
  * Certificat médical indiquant la cause du décès.
  * Fiche d'état civil concernant le défunt ou photocopie du livret de famille.
- **Dans les autres cas :**
  * Photocopie de la licence du présumé responsable lorsqu'il est licencié.
  * Etat détaillé des circonstances et nature des dommages.
  * Devis détaillé précisant le montant de la réclamation du tiers ou réparations à effectuer.

Information concernant le blessé

Nous vous rappelons que les pièces nécessaires à votre indemnisation (sauf si votre état médical n'est pas consolidé*) doivent nous être adressées, dans un délai maximal de 2 ans, à compter de la date de l'accident. A défaut, votre droit à indemnisation serait prescrit selon les dispositions de l'Article L114-1 du Code des Assurances.

Prescription :
Nous vous précisons que la prescription est interrompue par une des clauses ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. Un nouveau délai de prescription de deux ans commence alors à courir.
(*) Consolidation : Lorsque votre médecin considère que votre état de santé, tel qu'il résulte de l'accident, n'évoluera plus ni défavorablement, ni favorablement.

Fait à : ....., le : ..... … **Signature du Blessé**